Perihal : Permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik (SIP)

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang
Jalan Simp. LA. Sucipto No. 45
Di
MALANG

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : ……..
Tempat, tanggal lahir : ……..
Jenis Kelamin : ……..
Lulusan / Tahun : ……..
Alamat Rumah : ……..
Nomor Telepon : ……..
No. Registrasi : ……..
Unit Kerja : ……..

Dengan ini mengajukan pencabutan / pembatalan Surat Izin Praktik,

I. Nama Sarana : ……...
Alamat Praktik : ……...
No. SIP / Tanggal : ……...
Ket. / Alasan : ……...

II. Nama Sarana : ……...
Alamat Praktik : ……...
No. SIP / Tanggal : ……...
Ket. / Alasan : ……...

III. Nama Sarana : ……...
Alamat Praktik : ……...
No. SIP / Tanggal : ……...
Ket. / Alasan : ……...

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan asli SIP yang dicabut dan surat keterangan dari Sarana Kesehatan.

Demikian atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Malang, …….…….

Pemohon

Materai
Rp. 6.000,-

(…….…)

Perihal : Permohonan Perubahan Surat Izin Praktik (SIP)

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang
Jalan Simp. LA. Sucipto No. 45
Di
MALANG

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : ……..
Tempat, tanggal lahir : ……..
Jenis Kelamin : ……..
Lulusan / Tahun : ……..
Alamat Rumah : ……..
Nomor Telp. / HP : ……..
No. Registrasi : ……..
Unit Kerja : ……..

Dengan ini mengajukan permohonan perubahan Surat Izin Praktik,

I. Dari : ……...
Ke : ……...
Keterangan/Alasan : ……...
II. Dari : ……...
Ke : ……...
Keterangan/Alasan : ……...
III. Dari : ……...
Ke : ……...
Keterangan/Alasan : ……...

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :
1. Asli SIP lama yang dirubah;
2. Foto berwarna 4X6 sebanyak SIP yang dirubah;
3. Surat Keterangan Dari Sarana Pelayanan Kesehatan Sebagai Tempat Praktik;
4. Rekom IDI / PDGI yang Masih berlaku;

Demikian atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Malang, …….…….

Pemohon

Materai
Rp. 6.000,-

(…….…)